

Fortsättning - hälsodeklaration

Hur bor du:	Villa <input type="checkbox"/>	Ensam	Hemtjänst										
	Lägenhet <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>										
	Servicebostad <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>										
Gåhjälpmedel:	Käpp <input type="checkbox"/>	Vänsterhänt <input type="checkbox"/>	Nedsatt syn eller hörsel? (markera vilket)										
	Kryckor <input type="checkbox"/>	Högerhänt <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>										
	Rullator <input type="checkbox"/>		Nej <input type="checkbox"/>										
	Annat _____												
Din sysselsättning (yrke, studerande, pensionär, heltid/deltid, annat?)													
Skatta din värk i vila på en skala 0-10													
Ingen värk	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Värsta tänkbara värk	
Skatta din smärta i vardaglig aktivitet på en skala 0-10													
Ingen smärta	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Värsta tänkbara smärta	
Är du för tillfället sjukskriven?												Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Har du pågående tandarbete?												Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Har du någon pågående infektion i kroppen?												Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Har du någon smittsam blodsjukdom som hepatit eller HIV?												Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Har du varit i fysisk kontakt med sjukvård/tandvård utomlands de sista 6 månaderna?												Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Om Ja, har du då varit inlagd eller fått dagvård (ex dagkirurgi, dialys)												Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Har du eksem, plitor, svårläkta sår eller återkommande bölder på kroppen?												Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Har du en kvarliggande stomi, urinkateter eller kärlkateter?												Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Har du eller nära anhörig, nu eller tidigare, diagnostiserats med resistent bakterier såsom MRSA, VRE eller ESBL?												Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Äter du specialkost eller har du någon matallergi? Om ja, vilken? _____												Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Vilken husläkare/vårdcentral tillhör du? _____												Vet ej <input type="checkbox"/>	
Jag ger mitt samtycke till att en sammanfattning av mitt vårdtillfälle skickas till min husläkare/vårdcentral												Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Jag ger mitt samtycke till att Capio S:t Görans sjukhus får ta del av journaluppgifter från annan vårdgivare som är relevanta för mitt vårdtillfälle												Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Jag ger mitt samtycke till att eventuella prover tagna under mitt vårdtillfälle får sparas i en biobank och kan användas för medicinsk forskning												Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

Underskrift _____ Datum _____